

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

528

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Germaine HOUZEAU

Ancienne Interne provisoire des Hôpitaux

Née le 22 Juillet 1904, à PARIS (Seine)

A PROPOS D'UN CAS
DE THYROÏDOMANIE

Président : M. SERGENT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Germaine HOUZEAU

Ancienne Interne provisoire des Hôpitaux

Née le 22 Juillet 1901, à PARIS (Seine)

A PROPOS D'UN CAS DE THYROÏDOMANIE

Président : M. SERGENT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1936

I. — Professeurs

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSEY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TUFFINEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINI
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
Clinique médicale	Maur. VILLARET
Hygiène et clinique de la première enfance	LOEPER
Clinique des maladies des enfants	CARNOT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLERC
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Marcel LABBE
Clinique des maladies du système nerveux	LEREBOULLE
Clinique des maladies infectieuses	NOBECOURT
Clinique chirurgicale	H. CLAUDE
Clinique ophtalmologique	GOUGEROT
Clinique urologique	GULLAIN
Clinique d'accouchements	LEMIERRE
Clinique gynécologique	CUNEO
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GOSSET
Clinique thérapeutique médicale	GREGOIRE
Clinique oto-rhino-laryngologique	LENORMANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	TERRIEN
Clinique propédeutique	MARION
Clinique de la Tuberculose	BRINDEAU
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	COUVELAIRE
Professeurs sans chaire	JEANNIN
	MOCQUOT
	OMBREDANNE
	RATHERY
	LEMAITRE
	Pierre DUVAL
	SERGEANT
	BEZANCON
	MATHIEU
	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE

II. — Agrégés en exercice

MM.

BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	Pathologie chirurgicale.
D'ALLAINES.	

MM.

GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri..	Chimie biologique
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.

ii Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.

iv Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLÉRY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.

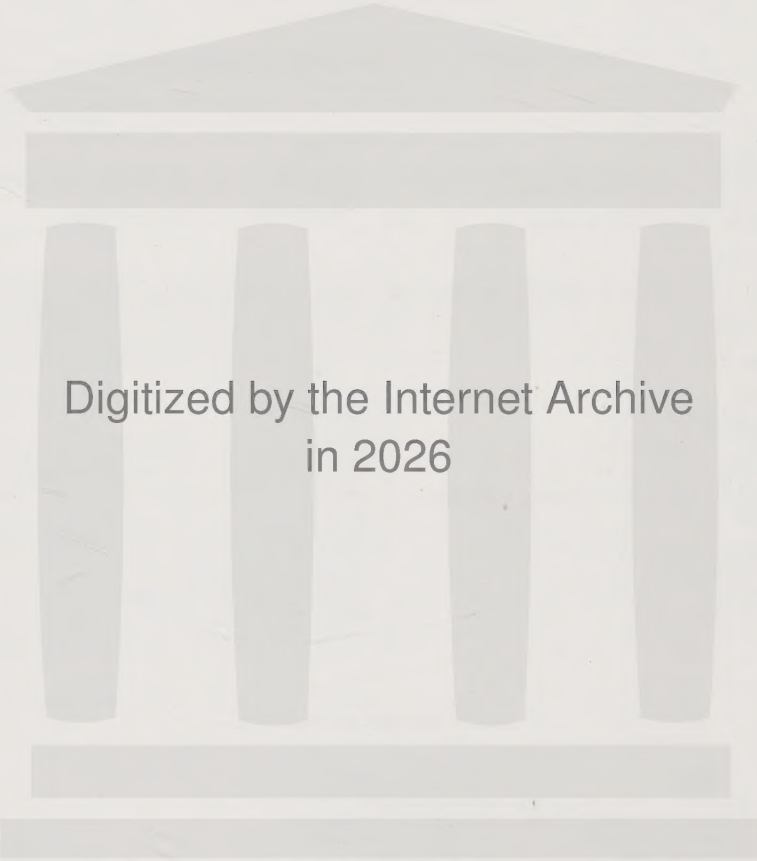
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

v. -- Chargés de cours

MM.

RUPPE	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA CHERE MEMOIRE

DE MON PERE

DE MON GRAND-PERE

A MA MERE

A MON FRERE LE DOCTEUR PIERRE HOUZEAU

Stomatologiste des Hôpitaux

A qui m'ont plus étroitement, plus
affectueusement attachée nos commu-
nes études.

A MES FRERES ET SŒURS

A MES ONCLES

LE DOCTEUR ANDRE SCHAEFER

Ancien Interne des Hôpitaux

LE DOCTEUR CHARLES SCHAEFER

Stomatologiste des Hôpitaux

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

*Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Broussais*

Le Patron très cher et très respecté
qui a guidé toutes mes études médicales,
qui m'a appris le meilleur de ce que je sais,
et m'a montré le plus bel exemple de ce que doit être une
haute conscience. Je lui redis ici avec toute ma reconnaissance
ma filiale et respectueuse affection.

A LA MÉMOIRE DE JEAN HUTINEL

A MES MAÎTRES ET AMIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BOULIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE GENNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRÉ LE GRAND

MONSIEUR LE DOCTEUR PIRONNEAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ D'ALLAINES

Qui, avec leur enseignement et leurs conseils précieux, m'ont donné leur amitié. Je leur exprime ici la mienne avec toute ma gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

MONSIEUR LE DOCTEUR KLIPPEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

MONSIEUR LE DOCTEUR V. CATHALA

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN HUTINEL

(in memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL PINARD

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE

MONSIEUR LE DOCTEUR JANET

MONSIEUR LE DOCTEUR CLEMENT

A PROPOS D'UN CAS DE THYROÏDOMANIE

INTRODUCTION

De tous temps, soit pour se soustraire à la douleur, soit pour s'affranchir des contingences pénibles du moment, les hommes ont utilisé certaines substances, médicamenteuses ou non.

Parmi elles, quelques-unes se sont montré particulièrement efficaces. Sans entrer dans le détail, nous citerons l'alcool, l'opium et ses dérivés, surtout la morphine, hachisch, bétel, etc.

Mais à côté de ce besoin immédiat recherché, peut s'ajouter une accoutumance, plus ou moins servile.

Chez les sujets qui, du point de vue psychologique, sont des faibles et ont peur de la souffrance sous toutes ses formes, cette accoutumance aura tôt fait de créer le besoin. Effectivement, l'état de besoin apparaît aisément chez le sujet qui s'intoxique : et par définition, nous appellerons toxicomane, le sujet chez lequel l'état de besoin devient assez fort pour nécessiter l'absorption du toxique, malgré qu'il ait éprouvé déjà de lui-même, ou parce qu'on l'aura mis en garde, à quels dangers il s'expose.

★★

Quels sont en général les produits auxquels on s'habitue de telle sorte qu'ils amènent le besoin ? ce sont ou bien ceux qui vont créer une anesthésie, ou bien ceux qui vont créer une excitation, l'une comme l'autre pouvant être considérées comme agréables par le sujet. Il serait banal d'insister sur les réactions de l'alcoolique qui cherche dans l'ivresse l'oubli de ses misères, sur celles du morphinomane dont la sensibilité exacerbée a besoin d'une dose quotidienne croissante de poison pour échapper à une réaction douloureuse.

★★

A côté de ces substances qui appellent la toxicomanie, on peut admettre à titre plus rare que certains médicaments vont pouvoir créer dans un organisme prédisposé un état de besoin assez voisin de celui que nous venons de rappeler : c'est ainsi que parmi eux il faudrait citer le chloral, l'aspirine, le somnifène, etc.

Certes, de tels cas ne sont pas courants et il ne faudrait pas parler de toxicomanie à chaque fois qu'un sujet va utiliser un médicament à forte dose pour répondre au besoin qu'il cherche, ce médicament restant toujours un moyen et non un but.

Mais, il y a cependant des cas dans lesquels l'attitude d'un sujet vis-à-vis de son médicament peut rentrer dans le cadre des toxicomanies, et ceci *sur un terrain spécial*. Le médicament à lui seul ne fait

pas la toxicomanie. Un état mental très particulier se retrouve à la base pour tous les sujets, nous devrions dire *pour tous les malades*, chez qui l'état de besoin va se développer avec une facilité pathologique.

L'étude que nous présentons ici est celle d'un cas de ce genre dans lequel ont été réalisées une intoxication, puis une véritable toxicomanie à l'extrait thyroïdien. Nous avons eu l'occasion de suivre dans un milieu médical l'histoire d'une malade qui, de son propre chef, pour satisfaire sa « manie » a dû employer pendant des mois et des années les ruses et les subterfuges que l'on rencontre de manière si habituelle chez les toxicomanes.

Au surplus, ce cas n'est pas isolé dans la science, et après l'avoir étudié nous rappellerons quelques autres exemples dont nous avons estimé pouvoir le rapprocher. Ce rapprochement est en outre justifié par le fait qu'il s'agit non seulement du *même médicament*, mais des *mêmes tendances*, du *même terrain psychologique* chez des individus différents.

D'ailleurs, d'autres toxicomanies exceptionnelles peuvent se rencontrer, les produits les plus divers, comme nous l'avons dit, ayant pu occasionnellement être utilisés par certains malades déséquilibrés avec les mêmes excès.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Il s'agit d'une femme qui a été suivie de 1929 à 1932 — d'une façon d'ailleurs assez discontinue — et qui a d'abord été prise uniquement pour une cardiaque. Les troubles présentés par elle n'ont pu être rapportés à leur véritable cause qu'à la suite de diverses observations et de la connaissance fortuite d'une intoxication bien particulière, réalisée au moyen d'extraits thyroïdiens.

L'observation sera résumée ici d'une façon chronologique telle qu'elle s'est présentée en réalité aux médecins qui ont suivi la malade.

Cette femme, âgée de 57 ans en 1929, s'est mariée deux fois. Elle a fait une fausse couche. Son père est mort d'angine de poitrine, sa mère est morte d'une affection indéterminée. La malade aurait présenté pour la première fois un trouble à allure d'angine de poitrine à l'âge de 23 ans (c'est-à-dire en 1895), un jour, en passant sur un pont par temps très froid, elle éprouva une sensation de griffe thoracique très intense avec irradiation dans le bras gauche ; cette sensation s'accompagnait d'une angoisse extrême.

Depuis lors, les crises se seraient reproduites à des intervalles plus ou moins réguliers, provoquées tantôt par le froid, tantôt par l'effort, tantôt encore par les émotions. Jamais de telles crises ne se seraient produites la nuit. Leur durée est de quelques minutes. Jusqu'en 1929, aucun traitement actif n'a été suivi régulièrement. Dans les autres antécédents de la malade, on note une atteinte de tuberculose pulmonaire à forme fibreuse, avec présence de bacilles de Koch dans les crachats, elle paraît actuellement guérie de cette atteinte bacillaire. On peut noter encore une appendicectomie et une intervention pour salpingite. La ménopause remonte déjà à quelques années. Enfin, elle dit avoir été soignée pour une affection gastrique, d'ailleurs mal caractérisée.

Trois semaines environ avant le premier examen, elle aurait souffert d'une grippe à l'occasion de laquelle serait apparu un peu d'essoufflement. Depuis ces huit derniers jours, les crises douloureuses avec angoisse et sensation de mort imminente, griffe et douleurs irradiées, accompagnées de nausées et de vomissements sont à peu près subintrantes ; il n'y a pas de dyspnée à proprement parler, mais une sensation de constriction de la gorge avec difficulté de respirer. La malade a essayé d'utiliser du nitrite d'amyle qui s'est montré sans action. Par contre, des injections d'huile camphrée la soulagent assez bien.

De temps en temps, elle accuse des sensations de crampes douloureuses dans les jambes, surtout marquées après l'effort et cédant au repos.

Si on laisse de côté les quelques incidents qui marquent l'existence de cette femme, l'histoire apparaît comme celle d'une angine de poitrine d'effort avec extension nocturne récente. Toutefois, l'abondance des détails, l'aspect particulier de la malade, petite femme agitée, nerveuse, maniérée, le contexte général, la longue évolution des troubles, donnent à penser que la nature de cette angine de poitrine serait sinon purement névrosique, du moins spastique et sans lésion coronarienne.

Au premier examen pratiqué en mars 1929, on note : état général normal, parole facile, nervosité générale évidente. A l'auscultation du cœur, il existe un souffle systolique de la pointe qui, d'après les renseignements fournis, serait d'apparition récente. Il n'y a rien à la base. La tension est de 16/10 au Pachon. Le sommet pulmonaire droit respire moins bien que le gauche. Le reste de l'examen somatique ne révèle rien de particulier.

Le diagnostic d'angor avec les réserves faites plus haut est admis et on prescrit un traitement toni-cardiaque, des vasodilatateurs et des sédatifs nervins. Ce traitement semble avoir apporté rapidement une amélioration très notable à la malade. Les crises ont vite perdu de leur gravité et de leur fréquence, l'appétit et les foces sont revenues, et la malade est perdue de vue pendant deux années.

En mai 1931, elle vient consulter de nouveau, et déclare que les deux années écoulées ont été passables, mais que depuis deux mois, les crises sont revenues

avec les mêmes caractères douloureux dans la sphère cardiaque, avec angoisse et sensation de constriction thoracique. On note de plus l'existence de diarrhées subites et intenses, un amaigrissement progressif et surtout une irritabilité nerveuse qui va en s'exagérant. Au cours de l'examen, on est frappé par l'existence d'un tremblement manifeste des extrémités, par une nervosité vraiment exagérée ; le pouls régulier bat autour de 120 ; le cœur est éréthique avec un souffle systolique retrouvé à la pointe et à la base ; le second bruit est normal ; il n'y a pas d'œdèmes, pas de gros foie, les urines sont normales. L'examen de la région thyroïdienne ne montre pas de goître ; il n'y a rien aux yeux. La malade est examinée à l'écran. Les poumons sont d'aspect normal, l'aorte mesure 3 centimètres, son opacité est normale. Les diamètres cardiaques sont : $GG' = 7$, $DG' = 11$. Diamètre transverse maximum = 9. Il n'y a donc pas d'hypertrophie cardiaque.

D'après les dires de l'entourage, l'état de la malade apparaît par instants comme précaire, il y a impossibilité de se lever et marcher, angoisse continuelle, agitation psychique, émotivité extrême, tachycardie. On fait habituellement des injections d'huile camphrée à la malade plusieurs fois par jour. Celles-ci semblent la calmer.

Il existe une discordance évidente entre les symptômes fonctionnels et ce que montre l'examen cardiaque. En présence de ces constatations, l'angor restant légitime, le diagnostic d'hyperthyroïdie semble vraisem-

blable et on demande une mesure de métabolisme basal. Celle-ci donne les résultats suivants :

Femme de 60 ans, mesurant 1 mètre 54 et pesant 43 kg. 200,

surface du corps = 1,372,

respiration par minute : 23-24

fréquence du pouls : 116

débit respiratoire horaire corrigé (0.760) = 381,50

CO² pour cent = 2,7

oxygène utilisé = 3,7 %

quotient respiratoire = 0,73 (quotient réel = 0,681)

nombre de litres de CO² éliminés à l'heure = 10,3

nombre de litres d'oxygène utilisés à l'heure = 15,12

valeur calorique du litre d'oxygène pour le quotient trouvé = 4,66

nombre de calories à l'heure = 70,45

métabolisme basal théorique d'après les tables
= 32,55

métabolisme basal trouvé = 51,35

écart pour cent = + 57,7

Etant donné ce résultat authentifiant nettement l'hyperthyroïdie, on conseille, outre les prescriptions précédentes, une médication anti-thyroïdienne constituée par des séances de radiothérapie. A noter, en passant, qu'une des raisons déterminantes de ce conseil a été le fait paradoxal que la seule séance de radioscopie pratiquée la veille avait, disait la malade, remarquablement soulagé ses douleurs. Ce qui témoigne bien de son caractère subjectif, fait sur lequel nous aurons à revenir.

C'est à ce moment-là que l'on apprend d'une façon absolument fortuite cette nouvelle, venant éclairer l'histoire pathologique de la malade, que celle-ci absorbe depuis de très nombreuses années, sans qu'il ait été tout d'abord possible de préciser ni la date exacte du début, ni les doses exactes utilisées, que la malade fait un usage intermittent mais abondant d'extraits thyroïdiens. En effet, un tube de comprimés de cet extrait avait été trouvé sur sa table de nuit ; elle avait nié formellement utiliser cette drogue, mais des personnes de l'entourage, interrogées en sous-main, avaient révélé la curieuse habitude de cette personne. Il semble bien que cette habitude avait été contractée en même temps que d'autres manies au contact d'amies en quête de satisfactions inédites, et tout particulièrement de personnes se livrant à des pratiques spirites. Depuis lors et à l'insu de tous, notamment du mari, cette habitude avait été conservée.

Naturellement, il y avait là une raison de plus pour prescrire la médication qui a été indiquée plus haut, et en outre, pour conseiller à l'entourage de mettre la malade dans des conditions lui rendant impossible la continuation de l'usage de l'extrait thyroïdien.

La malade fut alors de nouveau perdue de vue pendant quelques mois. En 1932, on apprit à l'occasion d'une nouvelle visite, que pendant les mois précédents, elle avait pu être surveillée très étroitement. En effet, elle avait séjourné pendant tout ce temps à la campagne dans un tout petit pays ne possédant pas de pharmacie et il lui avait été impossible dans ces conditions

de se ravitailler en extraits thyroïdiens. En outre, ce séjour hors de son milieu habituel avait pu faciliter cette sorte de cure de désintoxication. L'état de la malade était, au mois de janvier 1932, assez satisfaisant. On notait seulement quelques crises diarrhéiques, quelques épisodes de faiblesse, mais dans l'ensemble, la situation s'était incontestablement améliorée.

Peu de temps après son retour à la ville, les phénomènes morbides ont fait leur réapparition : faiblesse, agitation, nuits sans sommeil, extrême nervosité. L'examen somatique ne montrait rien de bien nouveau : cœur régulier, battant à 110 avec un léger souffle systolique de la pointe, tremblement des extrémités, léger éclat du regard sans exophtalmie, amaigrissement sensible, crises de dyspnée nocturne sans expectoration et sans signe stéthoscopique, sorte de dyspnée asthmatiforme semble-t-il. La tension était à 16/6, les tons artériels extrêmement vibrants ; il n'y avait aucun signe de défaillance cardiaque.

Dès ce moment, on obtenait la certitude que la malade absorbait à nouveau de l'extrait thyroïdien. En effet, une surveillance discrète organisée autour d'elle, montra qu'alors qu'elle paraissait incapable du moindre mouvement, elle profitait des rares moments où on la laissait seule pour se lever et courir se ravitailler à la pharmacie la plus voisine. Il a même semblé qu'à la suite de ce sevrage forcé des derniers mois, et peut-être pour le compenser, la malade absorbait à ce moment-là des doses d'extrait thyroïdien plus fortes qu'auparavant.

Au bout de quelque temps, l'état mental de la malade commença à se modifier notablement. Jusque là, on avait seulement noté son maniérisme, sa puérilité, son développement intellectuel modeste, mais bientôt apparurent de véritables troubles psychiques qui peuvent peut-être être rapportés à l'intoxication thyroïdienne. On notait en particulier un état subconfusionnel avec difficulté de l'élocution, puérilisme extrême, crises d'agitation à type pseudo-maniaque, coupées par des moments de dépression mélancoliforme.

A nouveau des prescriptions sévères furent faites pour tenter de soustraire cette malade à l'action de son toxique.

Aux dernières nouvelles, son état somatique et son état mental seraient assez satisfaisants.

Cette singulière histoire mérite quelques commentaires à divers points de vue.

Séméiologiquement parlant d'abord, la note dominante de cette intoxication thyroïdienne a été fournie par des symptômes en tous points semblables à ceux d'une angine de poitrine. Sans doute, la nature organique de celle-ci paraissait peu vraisemblable, et l'impression a été, dès le début, plutôt en faveur de phénomènes qui, sans aller jusqu'à l'angine purement névrosique apparaissaient comme de l'ordre des phénomènes vaso-spasmodiques. (Une observation tout à fait comparable de crise angineuse typique apparue au cours d'un traitement thyroïdien a été publiée par M. LANGERON dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1931).

Les autres signes d'hyperthyroïdie, et notamment

l'amaigrissement, la diarrhée, la tachycardie sont apparus plus tardivement, surtout si l'on note que l'absorption d'extraits thyroïdiens paraît bien, d'après les recoupements que nous avons pu obtenir, remonter à 1908. Il semble bien que le début de la prise du toxique ait été faite en vue d'obtenir un amaigrissement jugé alors désirable et que, depuis lors, l'usage de ce produit ait été continué d'une façon régulière. Et ce n'est que 23 ans plus tard, que l'on a eu la preuve de cette intoxication par la découverte fortuite d'une boîte du produit, alors que le diagnostic d'hyperthyroïdie avait été posé de par la clinique et la mesure du métabolisme.

Cette observation est, en somme, celle d'une hyperthyroïdie véritablement expérimentale et de plus, spontanée.

Il est bien certain que cette intoxication si spéciale et exceptionnelle n'a pu se développer que grâce à l'état d'esprit particulier du sujet, qui est celui qui permet l'éclosion de toutes les toxicomanies. Au surplus, l'étude précise de l'existence de la malade au moment où elle a commencé à s'intoxiquer, a permis de noter les quelques points suivants : c'était au moment où elle venait de perdre son premier mari ; elle fréquentait alors des milieux s'occupant d'une façon fervente de spiritisme et d'occultisme et il semble bien qu'elle fit là la connaissance de toxicomanes qui étaient en même temps des médiums.

Il est à peu près certain qu'elle commença par utiliser des toxiques courants ; en tout cas, nous avons

eu la preuve qu'elle avait été éthéromane. Pourquoi, secondairement, a-t-elle laissé de côté ce toxique pour utiliser un produit à première vue privé de tout caractère enivrant ? Il est difficile de le dire. Eprouvait-elle un effet sthénique au cours de l'énervement qui succède aux prises massives de corps thyroïde ? La chose est possible, mais quelle qualité de jouissance recherchait-elle en utilisant ce produit ? On en est réduit aux hypothèses.

Une autre explication possible nous avait été proposée par l'entourage de la malade, mais il ne nous semble pas qu'il y ait lieu de s'y arrêter : à la suite de son premier veuvage, on aurait prédit à cette femme un deuxième veuvage ; voyant son second mari assez avancé en âge, elle aurait continué à prendre des drogues dans l'esprit d'avancer sa propre mort, pour échapper à ce second veuvage prédit. Il ne semble pas qu'il y ait de preuve formelle d'une telle explication.

★ ★

Cette histoire nous a paru assez intéressante pour rechercher dans la littérature médicale d'autres observations susceptibles d'en être rapprochées. C'est ainsi que nous avons retrouvé celles qui suivent, et dont nous allons faire maintenant un court exposé.

★ ★

OBSERVATION II

Bien ancienne déjà est l'observation que Ed. BOINET, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille publiait dans la *Revue neurologique*, en 1899. Nous le citerons textuellement :

« Un étudiant en pharmacie, âgé de 24 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires nerveux pathologiques. Son père, ingénieur très intelligent, est mort d'une maladie de cœur. Sa mère, ses frères et ses sœurs sont bien portants. Lui-même n'est ni syphilitique, ni alcoolique ; il ne s'est jamais surmené. La seule affection dont il a été atteint est une dermatite exfoliatrice généralisée. Les squames étaient larges, épaisses et tombaient en abondance. Cet état inspirait une certaine répulsion à ses camarades. Je lui conseille de prendre, chaque jour, un corps thyroïde de mouton cru, haché en fine pulpe. Sous l'influence de ce traitement, cette dermatite s'améliore assez vite, et le malade cesse toute ingestion de corps thyroïde.

Au bout d'un an, cette dermatite exfoliatrice reparait avec une nouvelle intensité. A l'insu de tous, le malade absorbe, trois fois par jour, de deux à trois corps thyroïdes de mouton. Pendant huit jours, le boucher du quartier lui avait fourni clandestinement, chaque matin, une dizaine de corps thyroïdes environ. Une semaine après le début de cette hyperthyroïdation, en dehors de toute affection aiguë pouvant donner lieu à du délire, des troubles psychiques inten-

ses éclatent assez brusquement. Il ne peut rester en place, il change de siège et d'appartement à chaque instant, il tient ses croisées hermétiquement fermées dans la crainte que des individus imaginaires ne le voient et ne viennent le trouver ; il se croit poursuivi par les gens qu'il rencontre dans la rue, il se figure que les passants et ses camarades le ridiculisent et se moquent de lui. Il refuse toute boisson, tout aliment ; il se déshabille et essaye de fuir tout nu. On est obligé de le retenir de force, de le barricader dans sa chambre où il se promène en criant, en menaçant. Parfois, il est agressif et, lors de ma première visite, il était sur le point de se jeter sur moi. Il parle sans cesse, avec incohérence. Ces troubles psychiques persistèrent pendant quatre à cinq jours avec cette intensité. Puis, le malade devint plus calme ; il se croyait toujours persécuté. Il racontait qu'il aimait une jeune fille dont sa timidité l'éloignait ; il me priait en pleurant d'aller la demander en mariage. Sa mère affirmait que cette histoire était inventée de toutes pièces. Cette intoxication thyroïdienne déterminait, en outre, un tremblement des doigts, à caractère basedowien très net, de violentes palpitations, une augmentation notable du volume du corps thyroïde. Seule l'exophtalmie manquait.

Ce syndrome basedowien ne s'était manifesté qu'après l'abus de corps thyroïdes. Ce malade n'avait jamais habité un pays à goîtres.

Un séjour à la campagne est conseillé ; mais les troubles psychiques basedowiens durent encore pen-

dant quelques semaines ; il fuit tout déshabillé, on doit le poursuivre pour l'arrêter et on est obligé de le faire rentrer, malgré lui.

Après un mois et demi de repos, le malade paraît guéri, au point de vue mental ; les signes de basedowisme ont disparu simultanément, une anémie considérable persiste cependant, et l'amélioration coïncide avec une nouvelle poussée de dermatite exfoliatrice. Il absorbe alors en secret six à huit corps thyroïdes de mouton, par jour. Au bout d'une semaine, sa mère s'aperçoit avec angoisse, que les phénomènes psychiques et les troubles basedowiens déjà décrits réapparaissent. Elle met alors le malade dans l'impossibilité de se procurer du corps thyroïde et l'amélioration survient au bout d'une dizaine de jours.

A la suite de son observation, BOINET a écrit dans la *Revue neurologique*, les remarques suivantes qu'il nous paraît intéressant de citer également :

« Cette observation peut être rapprochée de celle de FREIHERR VON NOTTHAFT (*Centralbl. f. innere Med.*, 16 avril 1898) qui a observé, chez un homme de 43 ans, prenant chaque jour de 12 à 15 tablettes de thyroïdine dans le but de maigrir, une maladie de Basedow aiguë artificielle. A la suite de l'administration d'extrait thyroïdien Bramwell, on a constaté des symptômes voisins des précédents. (*Lancet, Lond.*, 1899, p. 762). Notre malade était atteint, en outre, de troubles psychiques analogues à ceux que nous avons signalés dans une étude sur le goître exophtalmique, publiée dans la *Revue de médecine* du 10 juillet 1898

et qui ont été plus longuement étudiés dans la thèse d'un de nos élèves, le Docteur PLAIGNARD-FLAISSIÈRES, sur l'état mental dans le goître exophtalmique (Montpellier, 1899). Ces deux cas sont favorables à la théorie du goître exophtalmique par hyperthyroïdation ; ils montrent les dangers de la médication thyroïdienne employée soit d'une façon continue, soit à doses exagérées. »

Communication de M. François FRANCK à l'Académie de Médecine (séance du 10 janvier 1899) et son rapport sur la vente des produits thyroïdiens (séance du 24 janvier 1899).

Dans l'*Encéphale* (1906), M. SAINTON étudiait cette observation et on peut noter avec lui que, même dans ce cas qui a la netteté d'une véritable expérience, il faut tenir compte de la prédisposition névropathique évidente du sujet : BOINET dit bien que son malade ne présentait aucune tare, mais ne doit-on pas voir un véritable trouble mental dans cette appétence singulière de ce jeune étudiant pour la glande thyroïde ? Il semble bien s'agir là d'une véritable toxicomanie, une « thyroïdomanie » qui n'aurait pu se développer sur un terrain normal.

★★

OBSERVATION III

S. PATTERSON, médecin de Ruthin-Castle, North Wales, dans le *British Medical Journal*, de septembre

1934, rapporte trois cas de sujets qui s'étaient adonnés à l'extrait thyroïdien, comme d'autres s'adonnent à la morphine, avec des buts bien déterminés. De ces trois cas, nous voulons retenir essentiellement les deux premiers, le troisième ne comportant pas — à l'exclusion de nécessités paraissant impérieuses à l'intéressé — le facteur de dissimulation qui entre dans le cadre si spécial de la toxicomanie : il s'agit, en effet, d'un obèse gros mangeur, qui, pour ne pas se priver des plaisirs de la table, prenait plus ou moins d'extrait thyroïdien qu'il pouvait d'ailleurs varier à sa guise, sans que se soit créé chez lui l'état de besoin. De grosses doses au reste l'intoxiquaient.

Dans le premier cas, nous avons affaire à une femme de 36 ans qui, après une enfance normale, fut très mal réglée; ses règles qui débutèrent à 15 ans, étaient de date et de durée irrégulières ; en général peu abondantes et toujours accompagnées de douleurs abdominales et lombaires, de vomissements et de diarrhée. Mariée à l'âge de 21 ans, l'année suivante elle subit un traitement de dilatation utérine. Elle fut une fois enceinte, mais avorta au cinquième mois. A 25 ans, les troubles intestinaux s'accroissent, diarrhée et constipation alternent. Elle se fait traiter à Berlin par un régime et fait quelques progrès. En même temps, *son poids diminue au moyen d'abondantes doses de thyroïde.*

De retour en Angleterre, elle a une rechute et subit l'ablation de l'appendice et de l'ovaire gauche (siège d'un kyste). Ceci se passe en 1925 ; les symptômes

abdominaux ne sont pas très améliorés, et les crises persistent malgré des traitements variés.

Aux environs de 1929, apparaît une pollakiurie pour laquelle elle est cystoscopée quatre fois, sans que rien d'anormal ne soit révélé.

Puis, en 1932, s'installe une tachycardie depuis lors persistante. A cette même période, la malade est examinée complètement à Berlin. Ces différents examens montrent une hyper-acidité du liquide gastrique ; une spasmodicité du côlon ; une augmentation de 45 % du métabolisme basal. La glande thyroïde n'est pas augmentée de volume, et l'examen radiologique ne révèle rien de plus, en particulier rien qui puisse ressembler à une thyroïde aberrante.

Amélioration notable amenée par l'antithyroïdine Moebius.

Au moment de son admission au Château de Ruthin en 1933, on se trouve en présence d'une petite femme replète. Son pouls se maintient à 140 (au lit) ; son cœur est normal, sans souffle. L'électrocardiogramme montre un rythme rapide mais régulier ; l'épreuve du métabolisme basal témoigne d'une augmentation de 50 %. Enfin, le corps thyroïde n'est pas augmenté de volume.

Une cicatrice de brûlure grave sur la gorge et la poitrine serait, dit la femme, la séquelle d'un traitement radiothérapique pratiqué dans un institut de beauté. Les urines contiennent quelques leucocytes, mais pas

de microbes, les selles quelques mucosités, mais rien d'autre anormal. L'examen radiologique montre les résidus d'injections de lipiodol dans les muscles lombo-fessiers, thorax et estomac normaux, côlon transverse spasmé ; les organes pelviens paraissent en bon état. Est alors posé le diagnostic d'hyperthyroïdie simple.

La malade se plaint d'extrême fatigue généralisée, avec sensations d'épuisement, de fréquentes crises de palpitations, commençant et finissant progressivement, et s'accompagnant de tachycardie constatée à l'examen, de douleurs abdominales, exagérées en périodes de constipation, d'irrégularité dans les selles, alternatives de constipation et de diarrhée, allant jusqu'à trente selles par jour, pollakiurie, diurne seulement, hoquet intense quelquefois suivi de vomissements, enfin de passagères douleurs du bas-ventre s'accompagnant même de dysurie, et de ténesme.

A la suite du traitement sus-indiqué, les phénomènes douloureux abdominaux cessent, mais le pouls reste rapide et ces progrès mêmes sont interrompus par des crises de tachycardie allant jusqu'à 160 ; en même temps, reprise des douleurs abdominales, ténesme, épreintes, hyper-pollakiurie, tous ces troubles impossibles à calmer par les moyens habituellement efficaces.

Mais ici se place un incident capital, la découverte de quelques flacons vides qui permet de reconstituer toute l'histoire : de la Thyroïdine Merk venait de Londres, les étiquettes des flacons ayant été enlevées,

et ces flacons envoyés au milieu de provisions de cigarettes. Ceci se passait depuis au moins trois ou quatre ans !

Le jour précédant l'examen, un grand nombre de tablettes avaient été consommées. Il est difficile de dire exactement combien, mais il y avait plusieurs flacons vides (chacun de 100 tablettes — chaque tablette correspondant environ à 0 gr. 50 de glande fraîche).

La malade était une femme neurasthénique souffrant de dysmenhorrées, de colite spasmodique et dont les instincts maternels avaient été terriblement contrariés par l'impossibilité d'avoir un enfant qu'elle désirait beaucoup. Ceci avait développé en elle une curieuse tendance à se rendre intéressante ; elle s'efforçait de dérouter tout le monde, d'être un problème pathologique pour son médecin et un sujet d'anxiété et de complications pour ses amis et son entourage. Qui mieux est, mise devant l'évidence même, *elle nia énergiquement* avoir utilisé de l'extrait thyroïdien depuis huit ans.

Quelques mois plus tard, son médecin nous écrivait, dit PATTERSON, que sa santé était maintenant très améliorée à la suite de la cessation de l'intoxication.

OBSERVATION IV

La seconde observation de PATTERSON mérite aussi qu'on s'y attache : une femme, âgée de 43 ans, avait eu aux environs de sa vingtième année, une crise de rhumatisme, et nombre d'angines jusqu'à l'âge de 30 ans, moment où fut faite l'ablation des amygdales. A cette époque, son poids avait atteint 13 st. et on l'avait traitée par une diète relative, et *de petites doses de thyroïde*. Environ six mois avant son admission en 1929, elle se sentit fatiguée, sans forces, dyspnéique, en même temps qu'elle avait maigri beaucoup, son poids étant tombé de 11 st. 2 lb à 7 st. en trois mois.

A l'entrée, elle pèse 6 st. et paraît émaciée, anémiée. Elle se plaint de palpitations, insomnies, nausées, vomissements, dégoût des aliments. L'examen neurologique ne révèle rien de particulier, sinon une diplopie transitoire.

C'est alors qu'en faisant son lit, on découvre quelques tablettes d'extrait thyroïdien, puis, en fouillant davantage, six paquets de ces mêmes tablettes de « 5 grains » de thyroïde, et deux à trois cents comprimés d'aspirine et d'extrait thyroïdien en vrac sur une planche d'armoire. Une semaine plus tard, tout rentrait dans l'ordre. Elle regagnait 17 lb. en quatre semaines, puis 1 st. 1/2 les six mois suivants.

Puis tout à coup, reprise des précédents phénomènes amenant une surveillance plus étroite et la

nouvelle découverte de flacons de thyroïde vides. Durant les deux années qui suivent, elle présente quatre crises d'hyposystolie. Le médecin de famille est persuadé qu'elle continue à s'intoxiquer en cachette, et une nouvelle entrée à l'hôpital ayant été décidée, on découvre vingt comprimés de « 5 grains » de thyroïde, *cachés dans un doigt de gant*.

Un an plus tard, elle paraît mieux, mais on trouve encore un flacon vide dans la corbeille à ouvrage.

Le facteur psychologique, dit PATTERSON, qu'on peut invoquer ici à la genèse de la toxicomanie, était sans doute certaines difficultés conjugales auxquelles aurait contribué la ménopause survenue chez cette femme.

D'autre part, elle prétendait qu'elle aurait cherché là à l'origine un tonique, un fortifiant, puisque de petites doses de corps thyroïde avaient été prescrites par un médecin à l'un de ses enfants dont le développement était retardé.

Et PATTERSON ajoute :

« Ces cas se rattachent aux « *Thyroïd addicts* ». Je n'ai pas eu connaissance de cas analogues dans la littérature, cependant un médecin de mes amis, m'a, depuis lors, rapporté l'histoire d'une malade qui, ayant malencontreusement et faussement associé l'idée de crétinisme, imbécillité, etc. à l'hypothyroïdisme, se serait mis à absorber des doses excessives d'extrait thyroïdien dans l'espoir de s'immuniser à tout jamais contre la démence », et ceci avec dissimulation, « *sur-reptitiously* ».

Un autre médecin a vu une malade prendre des quantités considérables de thyroïde « *covertly* » en cachette : c'était la femme d'un pharmacien ; ayant eu une phlébite après la naissance d'un enfant, elle s'était imaginé que cela provenait de myxœdème.

L'usage continu de la thyroïde semble, dit PATTERSON, impliquer que ces sujets en ressentaient un effet bienfaisant et tonique.

OBSERVATION V

Il s'agit d'une observation de M. VIGNES. Son intérêt avait été particulièrement éveillé par l'article de PATTERSON ; il eut l'occasion de rencontrer un cas analogue et cette fois terminé tragiquement, et il publia en novembre 1934, dans les *Annales de Médecine légale*, ce qui suit :

« Il s'agit d'une femme âgée de 22 ans, venue le 30 mars 1934 pour aménorrhée. Formée à 15 ans, elle a toujours été mal réglée. Elle a eu, coup sur coup, deux grossesses à 20 et 21 ans sans histoire et, depuis, elle n'a plus été réglée. Je l'interroge ; son grand-père maternel est mort diabétique ; elle n'est pas constipée, pas frileuse, elle n'a pas de pertes blanches, son appétit est médiocre, elle n'a pas de migraines, son sommeil serait très bon. Elle vit dans la

terreur d'une nouvelle grossesse. Elle me dit, incidemment, qu'elle supporte mal les séjours à la mer.

« A l'examen, je constate : une femme très menue avec un bassin un peu rétréci, un écusson pubien très pauvre, des sourcils pauvres, une morphologie d'hypothyroïdienne ; mais en même temps, Mme X donne l'impression d'une nerveuse, elle a une respiration (28 à la minute) très rapide par rapport à son pouls (24 au quart de minute). Et je pense à une épisode d'hyperthyroïdisme. L'utérus est normal, je constate quelques varices récentes.

« Je prescris du manganèse, du mercure, de l'hématoéthyrôidine.

« Je la revois le 11 mai 1934. Elle a engraisé de deux kilogrammes (45 à 47), mais elle n'a toujours pas été réglée et ses varices sont devenues douloureuses. Je ne trouve rien de nouveau à l'examen. Je conseille le même traitement et, en plus, une préparation injectable d'hypophyse totale Choay.

« Le 16 juillet, elle a des règles pauvres qui durent un seul jour. Je la revois au début d'août et, au début de septembre, j'apprends son décès subit ou presque subit.

« Le 1^{er} septembre au soir, elle s'est couchée, semblant gaie et normale à son entourage. La nuit, elle a quelques vomissements, ce qui était fréquent chez elle. Le 2, au matin, elle décide de ne pas aller à une partie de campagne projetée. Puis elle devient très dyspnéique, angoissée ; son pouls est incomptable ; elle accuse des douleurs multiples, et, avant midi, elle

était dans le coma et mourait, donnant à deux confrères, appelés séparément, l'impression d'une intoxication.

« Dès le lendemain, bouleversée par le mot intoxication, sa mère se précipite à Paris et elle apprend les faits suivants :

« 1° Depuis des années, deux fois par semaine, Mme X. se présentait dans une pharmacie de Paris pour y acheter des provisions d'extrait thyroïdien si importantes, que, la sachant mariée à un pharmacien, on supposait qu'il s'agissait de commissions pour l'officine.

« 2° Elle avait subtilisé chez son mari de grandes quantités d'extrait thyroïdien.

« 3° Le 1^{er} septembre, elle avait acheté cent pilules roses de deux centigrammes et demi d'extrait thyroïdien qu'elle avait emballées dans son mouchoir, sans doute pour ne pas emporter les flacons chez elle ; en tout cas, l'on retrouva dans son sac le mouchoir taché de rose sans les pilules.

« Il est donc probable qu'elle les avala le 1^{er} au soir ou dans la nuit et il est vraisemblable d'attribuer à cette ingestion massive la cause de cette mort.

« Mais il reste à expliquer la thyroïdinomanie habituelle de cette jeune femme, thyroïdinomanie qu'explique : 1° un amaigrissement important depuis son mariage ; 2° son aménorrhée ; 3° des crises fréquentes de diarrhée et de vomissements.

« Mme X qui était modérément « boulotte » avant son mariage, avait beaucoup maigri depuis qu'elle

avait eu des enfants et elle semblait désirer maigrir encore davantage. Est-ce pour cela qu'elle s'adonnait à la thyroïde ? Cherchait-elle dans l'augmentation du métabolisme un coup de fouet dont elle sentait le besoin et dont l'accoutumance lui imposait de prendre des doses progressivement accélérées ? Cette hypothèse est également plausible. Il est difficile de préciser davantage, d'autant mieux que depuis quelque mois, cette jeune femme était devenue assez menteuse pour qu'on ne puisse faire grand cas de ce qu'elle disait.

Quant à l'épisode terminal, s'agit-il d'une mort par dose trop forte, ou s'agit-il d'un suicide ? Il nous a été impossible d'avoir une précision pour ou contre l'une et l'autre de ces deux interprétations. »

A la suite de la communication de M. VIGNES à la Société de Médecine légale, M. DUVOIR, dans les *Annales de Médecine légale*, raconta le mois qui suivit, l'histoire d'une femme qui, pour ne pas grossir, surtout ne pas vieillir, s'était mise à prendre des extraits de thyroïde dont elle se fixait à elle-même les doses parallèlement croissantes à ses augmentations de poids. Elle mourut subitement. Mais M. DUVOIR ajoute bien judicieusement qu'à proprement parler, il ne s'agissait pas de thyroïdomanie. Nous ne retiendrons avec lui que la mort subite.

OBSERVATION VI

Enfin, après l'étude de ces cas types, il nous a été donné de retrouver le compte rendu de l'intéressante étude de Marc SEREJSKI rapportant deux cas de malades (l'une hypothyroïdienne, l'autre psychopathe atteinte d'obésité) qui, ayant pris de la thyroïdine sur ordonnances médicales, ont présenté les signes d'une véritable thyroïdomanie : état de besoin, angoisse, satisfaction et jouissance après les prises, et nécessité d'augmenter de plus en plus les doses efficaces pour calmer précisément l'état de besoin.

La deuxième présentait régulièrement des hallucinations et des phénomènes d'influence lorsque la thyroïde venait à lui manquer trop longtemps.

Il est bon d'ajouter que chez aucune d'elles, malgré l'ancienneté de l'intoxication remontant à nombre d'années, SEREJSKI n'a trouvé de grosses altérations psychiques. (Il considère que la thyroïdine n'est pas un poison de l'esprit, comme dit RICHET.)

VUE D'ENSEMBLE

Si on compare les différentes observations que nous venons de rapporter, on constate que, outre l'identité du produit toxique utilisé par les sujets, ces observations se ressemblent surtout par les réactions des malades, *mêmes réactions provenant d'un même état d'esprit* : faibles qui ont voulu se soustraire à une certaine réalité, et qui, très rapidement, sont devenus les esclaves d'une habitude. Tous les jours, on prescrit des quantités variées d'extrait thyroïdien à des malades très différents. La cure finie, tout rentre dans l'ordre sans aucune difficulté. Ceux-ci, au contraire, se sont attachés à un médicament, peu-être indiqué au point de vue thérapeutique au début, mais qui, très vite, a perdu son caractère premier pour devenir un excitant quasi indispensable à leur équilibre nerveux et psychique.

En effet, c'est une notion banale que l'extrait thyroïdien, grâce à son action élective sur le métabolisme qu'il peut élever dans des proportions considérables, provoque chez ceux qui l'utilisent une sensation particulière d'allure sthénique, et même, pour peu que la dose soit importante, une véritable euphorie.

La recherche de cet état agréable explique la répé

tition et l'augmentation progressive des doses absorbées.

Mais l'absorption à dose massive d'un produit généralement utilisé d'une façon plus modérée peut nécessiter de la part des sujets une certaine ingéniosité dans leur ravitaillement.

En fait, de tels malades n'éprouvent aucune difficulté, ni aucun scrupule à jouer, aussi souvent qu'il leur est nécessaire, une véritable comédie vis-à-vis de leurs proches, ou vis-à-vis du pharmacien.

Rappelons-nous les observations de PATTERSON : cette femme qui camouflait ses approvisionnements de thyroïde dans des envois de cigarettes, cette autre qui cachait dans un doigt de gant. Cette tendance au subterfuge, au mensonge, à la dissimulation même gratuite, fait, pourrait-on dire, partie intégrante de la mentalité de tous les toxicomanes. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point dans un chapitre ultérieur.

LES TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES HYPERTHYROÏDIENS

Si les malades dont nous nous sommes occupés se ressemblent par leur appétence au toxique, ils se ressemblent également par les modifications psychiques que l'absorption répétée d'un produit très actif leur a fait subir progressivement. Il est de notion classique que la glande thyroïde joue un rôle considérable dans le développement intellectuel, et il n'y a pas lieu d'insister ici sur les insuffisances psychiques des myxœdémateux ou des crétins.

On comprend donc que l'utilisation immodérée d'extraits thyroïdiens puisse entraîner des altérations psychiques. L'étude de l'état mental des hyperthyroïdiens nous montre bien de quelle nature sont ces troubles.

« On sait, a écrit LEGRAIN, la suractivité mentale des Basedowiens, leur émotivité, leur nervosité, leur propension à la mythomanie, aux désordres de l'imagination, au pithiatisme. Ils auront donc par moment des bouffées d'excitation avec état presque confusionnel et du délire ébrieux mélangé d'hallucinations. »

C'est, en effet, un état mental bien particulier que celui des hyperthyroïdiens.

Il n'est pas rare de voir des troubles du caractère signalés comme premier symptôme d'une maladie de Basedow : ces troubles consistent essentiellement en une irritabilité anormale avec émotivité ; le malade en a pleinement conscience et vient parfois consulter lui-même à ce sujet. Il est intéressant de noter qu'on peut dès ce moment et en l'absence de tout autre signe clinique trouver un métabolisme basal notablement augmenté (35 % dans un cas personnel).

Plus souvent, les modifications de l'état mental viennent simplement se surajouter au tableau clinique classique. Le sujet présente une activité insolite ; mais il est en même temps fantasque et abandonne bientôt l'occupation qu'il vient de choisir. Il éprouve un besoin incessant de se déplacer, d'agir, de parler. Son émotivité est extrême, véritablement morbide, névropathique ; elle se traduit par une impressionnabilité, une inquiétude, une anxiété des plus intenses. Son caractère est instable : irritable et difficile, le malade passe brusquement et sans raison de l'excitation à la dépression, il se montre parfois partial, injuste, ingrat et exigeant, et on peut, à bon droit, parler dans ce cas d'une véritable perversion de l'affectivité.

A côté de cette instabilité psychique, il est courant de trouver chez les Basedowiens un hyperfonctionnement psychique qui a sa répercussion sur toutes les réactions du sujet et leur donne une intensité exceptionnelle. Toute contradiction, tout obstacle prennent alors des proportions extraordinaires et risquent de déclencher de véritables accès de colère morbide.

En résumé, il s'agit d'un déséquilibre psychique avec tendance générale à l'excitation intellectuelle.

Dans certains cas, on a affaire à de véritables délires — notons, en passant, que c'est à cet ordre d'accident grave qu'il faut rattacher l'observation de BOINET.

D'autres cas du même genre ont été rapportés : STERNBERG, en 1933, raconte l'histoire d'une psychose aiguë, de type exogène, due à l'absorption intempestive de tablettes de thyroïdine pour une cure d'amaigrissement. Il décrit un début avec excitation délirante et angoisse, puis alternatives de somnolence et d'excitation, désorientation, troubles de la mémoire, enfin persistance assez longue d'un état de faiblesse psychique, et d'hyperémotivité.

Notons, d'autre part, que ceci s'est vu également chez des myxoédémateux en cours de traitement sous la forme d'un délire aigu brutal, mais transitoire, la suppression du médicament le jugulant immédiatement.

Enfin, les troubles d'allure hystérique ne sont pas rares chez les hyperthyroïdiens : tendances mythomaniaques, hyperesthésies, aphonie transitoire, etc...

N'avons-nous pas retrouvé la plupart de ces manifestations chez nos malades ?

CONSIDERATIONS SUR L'ETAT MENTAL DES TOXICOMANES

N'y avons-nous pas également retrouvé comme nous le disions plus haut, les principales caractéristiques qui font l'état mental des toxicomanes que nous allons maintenant étudier ?

La toxicomanie est l'habitude morbide d'absorber des doses généralement croissantes de substances toxiques. Cette définition est une définition de dictionnaire. Du point de vue médical, il y a lieu de la compléter et d'y ajouter ce fait qui nous paraît essentiel : que le toxicomane se caractérise surtout par un état mental un peu particulier.

Cet état résulte naturellement pour une bonne part de l'absorption régulière de substances toxiques, absorption qui, progressivement crée chez le sujet une sorte d'état de besoin, mais qui a nécessité pour pouvoir se réaliser, une certaine prédisposition, une aptitude toxico-maniaque dont l'importance ne saurait échapper.

Une telle aptitude peut, évidemment, demeurer latente pendant toute l'existence du sujet, soit que celui-ci, la connaissant, s'en méfie et évite soigneusement toutes les occasions de tomber dans la toxicomanie,

soit que l'occasion ne se présente pas pour lui de s'intoxiquer.

Dans beaucoup de cas également, cette prédisposition ne pousse le sujet que vers des toxiques relativement très bénins, tels que le tabac utilisé d'une façon immodérée, ou l'alcool.

Ce qui est essentiel à noter, c'est que lorsque l'intoxication a été réalisée, l'état mental des toxicomanes représente une sorte d'état type qui n'a rien à voir avec telle ou telle intoxication, telle drogue tout à fait classique, opium, morphine par exemple, ou tout à fait exceptionnelle.

Cet état mental constitue le lien qui relie entre eux tous les toxicomanes et permet en quelque sorte d'envisager un chapitre d'ensemble qui précéderait l'étude de « formes cliniques » constituées par chaque toxicomanie en particulier.

On peut donc, dans une étude concernant l'état mental des toxicomanes, passer en revue successivement :

- 1° les causes prédisposantes,
- 2° les causes occasionnelles,
- 3° la réalisation progressive de la manie du toxique,
- 4° la période d'état qui sera diversement colorée par les toxiques particuliers.

Ce qui justifie bien cette façon de voir et cette étude d'ensemble de l'état mental des toxicomanes, c'est tout d'abord l'appétence toxique générale des sujets qui vont sombrer ou qui ont sombré dans la toxicomanie. Cette appétence permet une « interchangeabilité des toxiques ». C'est ainsi que notre

malade avait commencé par l'éthéromanie. Cette interchangeabilité peut, dans bien des cas, durer pendant toute l'existence ; dans d'autres cas, elle précédera pendant un temps plus ou moins long, la découverte fortuite ou recherchée par le sujet, du *toxique d'élection* auquel, désormais, il restera fidèle ; fidélité toute relative d'ailleurs, puisque même dans ces cas, le sujet pourra de temps à autre, laisser de côté sa drogue d'élection, soit — et c'est le cas le plus fréquent — par nécessité à cause des difficultés qu'il peut avoir à se la procurer, soit aussi, à cause de son instabilité psychique, ou parce qu'il désire une fois de plus, rechercher avec une sorte d'anxiété fébrile un résultat meilleur, une euphorie d'une qualité supérieure. Il faut ajouter que de tels essais, chez un toxicomane véritablement habitué à sa drogue, resient le plus souvent infructueux, si bien que le malade ne tarde pas à retourner à son vice.

Les exemples à tous les degrés et à tous les stades de la toxicomanie sont trop nombreux pour qu'il y ait intérêt à y insister.

D'autre part, tous les toxicomanes ont, au fond, la même psychologie : celle-ci est faite de pusillanimité, d'aboulie, d'aptitude au mensonge. Ils présentent également tous, plus ou moins, une déchéance morale qui bientôt s'accommodera de toutes les compromissions, de toutes les bassesses : rien ne coûte au toxicomane lorsqu'il s'agit de se procurer son poison.

1° CAUSES PREDISPOSANTES

Celles-ci peuvent être héréditaires ou acquises.

Héréditaires, elles seront parfois similaires; organiquement, on peut dire qu'un toxicomane aura à peu près toujours une descendance tarée et, de ce fait, prédisposée jusqu'à un certain point à la toxicomanie. Psychologiquement, les enfants du toxicomane peuvent acquérir très vite l'habitude de la drogue parce qu'ils assistent d'une façon habituelle à l'intoxication réalisée par leurs parents.

Toutefois, ces causes ne paraissent pas dans l'ensemble, jouer un rôle très important. Il existe également des prédispositions héréditaires non similaires, constituées par une psychopathie quelconque.

D'autres causes prédisposantes ne seront pas héréditaires mais acquises ; il suffit de jeter un coup d'œil sur quelques observations de toxicomanes pour trouver au chapitre des antécédents personnels, de nombreuses manifestations de psychopathie (le sujet d'une des observations de SEREJSKI). Je citerai au hasard les antécédents suivants : chorée, idées de suicide, crises névropathiques, scrupules, état psychasthénique, irritabilité, morbide, hyperémotivité, instabilité, déséquilibre psychique général.

Comme on le voit, si, dans certains cas, les antécédents du toxicomane ne présentent rien de particulier, plus souvent, on constate chez lui un passé mental déjà chargé.

2° CAUSES OCCASIONNELLES

Celles-ci se résument à trois causes principales :

1° FRÉQUENTATION D'UN MILIEU SPÉCIAL. — Il s'agit là d'une véritable contagion mentale (telle notre malade et ses médiums). Le sujet qui se trouve, par snobisme, par habitude ou même par nécessité, fréquenter un milieu de toxicomanes, ne deviendra pas fatalement toxicomane lui-même, mais aura toutefois plus de chances qu'un autre de sombrer dans la toxicomanie. On sait à quel point les toxicomanes font volontiers du prosélytisme et on ne s'étonnera pas de les voir conseiller à leur entourage d'essayer à leur tour, d'user du toxique dont ils ont eux-mêmes l'habitude.

2° DÉSŒUVREMENT. — Quelle que soit la cause de celui-ci, maladie chronique ou oisiveté, on voit souvent des sujets désœuvrés qui, par une espèce de curiosité malsaine, essaient d'utiliser tel ou tel toxique.

3° CAUSES LÉGITIMES. — Celles-ci sont de deux ordres ; la plus légitime est évidemment la cause thérapeutique ; il s'agit d'un sujet auquel on a été amené à prescrire un produit toxique, par exemple à l'occasion d'une maladie (observations de PATTERSON et SEREJSKI) et qui, ayant pris l'habitude de ce toxique, n'arrive que difficilement à s'en débarrasser et est tout prêt à tomber dans la toxicomanie.

La deuxième est l'existence d'une douleur morale ou même physique mal supportée. Bien souvent, on se trouve en présence de sujets impuissants devant

une douleur ou devant des soucis qui semblent trop lourds pour eux; ils cherchent inévitablement à s'évader de cet état pénible et le font volontiers par l'utilisation de divers produits toxiques.

Parfois, le futur toxicomane était jusque-là un sujet pratiquement normal et une de ces causes occasionnelles va pouvoir suffir à déclencher la toxicomanie. Plus souvent, les sujets étaient, comme nous venons de le voir, déjà prédisposés.

Quoi qu'il en soit, l'intoxication se réalise progressivement : nous arrivons à la troisième période.

* *

3° REALISATION PROGRESSIVE DE LA MANIE DU TOXIQUE

Ici, l'état mental antérieur du sujet joue encore un rôle. Tel toxicomane brûlera les étapes et arrivera très vite à utiliser des doses extrêmes ; tel autre au contraire, aura la « sagesse » de doser petit à petit les quantités qui lui sont strictement nécessaires pour obtenir l'état d'euphorie recherchée et il lui faudra de nombreuses années pour que l'intoxication devienne intense. C'est ainsi que l'obèse de la troisième observation de PATTERSON n'est jamais devenu thyroïdomane : il a su se « régler ».

Dès cette période, on constate cependant que l'état mental du sujet se modifiera toujours dans le

même sens. Dès ce moment, le toxicomane ressent ce phénomène spécial constitué par *l'appétence au toxique*, appétence qui, le plus souvent, est essentiellement éclectique. Celle-ci est généralement permanente ; il faut savoir toutefois que dans d'autres cas, elle peut se présenter par crises, si bien que l'intoxication subit des phases d'arrêt et de recrudescence en rapport avec ces accès dipsomaniacques.

Cette appétence aux toxiques est, comme le dit ROQUES DE FURSAC, « une manifestation de déséquilibre psychique, un véritable stigmate de dégénérescence au même titre que l'hyperémotivité ou l'aptitude au délire ».

**

4^e PERIODE D'ETAT

Quel que soit le point de départ, quels qu'aient été l'état mental et la valeur morale initiale du sujet, un véritable nivellement s'est produit, une fois l'intoxication arrivée à un degré suffisant.

On se trouve alors en présence d'un sujet chez lequel l'aboulie la plus extrême a fait place à la volonté, un sujet qui est rigoureusement incapable de vouloir autre chose que la continuation de son intoxication, qui, pour pouvoir la réaliser est prêt à tout, même à se livrer à un travail pénible, mais surtout, à se procurer son toxique par les moyens les plus illégaux : mensonge (à quelles manœuvres se

livraient nos thyroïdomanes !) vol, menace, immoralité à tous les degrés, peu lui importe; il ira même, s'il le faut, jusqu'au meurtre pour obtenir la drogue dont il a maintenant un si impérieux besoin.

D'autre part, ce qui frappe essentiellement chez le toxicomane, c'est son état de déchéance morale. Celle-ci devient habituellement extrême : rien ne compte plus, aucune considération éthique n'existe pour le toxicomane ; et on sait d'ailleurs, à quelles extrémités peuvent en arriver des sujets qui, auparavant, occupaient aussi bien au point de vue social qu'au point de vue moral, un rang enviable et envié parmi leurs concitoyens.

Nous pouvons dire comme conclusion avec VLAVIANOS que « la toxicomanie, si elle est bien caractérisée par l'absorption par un organisme d'une substance toxique d'une façon répétée et croissante, est beaucoup plus encore un état psychique qui, progressivement, après des phases d'excitation et de dépression, abolit la volonté, pousse le sujet à des actes insensés, illégaux, voir criminels, le rendant incapable de résister à l'impulsion morbide qui le pousse à l'usage du toxique. »

Nous n'avons pas trouvé dans les observations rapportées l'aboutissant à cette période extrême. Deux sujets sont morts subitement, probablement du fait d'une dose excessive : d'autres ont été perdus de vue. La malade qui répond à notre première observation va bien actuellement, mais ne peut être considérée comme guérie, d'autant mieux que nous avons vu

dans l'observation de BOINET par exemple, que cette toxicomanie comme bien d'autres évolue par poussées. Nous ne pouvons donc préjuger de son avenir.

Faudrait-il conclure que l'extrait thyroïdien constitue un toxique inoffensif ? Certainement non. De tous temps d'ailleurs, on a attiré l'attention sur la nécessité de l'utiliser avec précaution (*Rapport de François FRANCK en 1899*). En outre, le petit nombre de cas que nous avons retrouvés ne nous permet pas d'établir un pronostic général.

CONCLUSIONS

I. — Tout produit, tout médicament, peut être à la base d'une toxicomanie.

II. — Les plus susceptibles de déclencher une toxicomanie sont en fait les analgésiants, tant du point de vue moral que physique.

III. — Parmi eux, certains, à une dose optima, variable d'ailleurs pour chaque intoxiqué, réalisent un état d'euphorie et d'excitation agréable.

IV. — Nous ferons rentrer dans leur groupe la thyroïdine, telle qu'elle était utilisée dans les observations que nous avons décrites.

V. — Ce qui nous a paru relier ces observations, c'est l'état mental très particulier des sujets, leurs efforts de dissimulation, leurs dénégations, leurs ruses, leur habileté à dépister les soupçons, et le manque de mesure de leurs habitudes, manque de mesure qui a été dans certains cas jusqu'à entraîner la mort.

VI. — Cet état mental bien particulier nous amène à répéter : « Ne devient pas toxicomane qui veut »,

si banal qu'il puisse paraître de conclure sur un tel aphorisme.

VII. — Personnellement, nous retiendrons de ces modestes considérations que certaines thérapeutiques, et les plus justifiées, restent des armes à double tranchant et que la prudence, le devoir professionnel encore plus, nous imposent de n'y recourir et de ne les prescrire que lorsqu'elles sont formellement indiquées.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
SERGENT.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BENEDEK (T.). — Mental processes in thyrotoxic states. *Psychoanalyt. Quart.*, 3, 153-172, 1934.
- BOINET. — *Revue neurologique*, 15 août 1899, n° 15, p. 564-565.
- CONRAD (A.). — Psychiatric study of hyperthyroid patients. *J. Nerv. and Ment. Diseases*, mai-juin 1934, 79, 505 et 656.
- DUNLAP (H.F.) and MOERSCH (F.P.). — Psychic manifestations associated with hyperthyroidism. *Amer J. Psychiat.*, 91, 1215, 1935.
- DUPOUY (R.). — *Les opiomanes*, 1912 (Ch. I, Les toxicomanes).
- DUPRÉ-LOGRE. — *Nouveau traité de Médecine Vidal-Teissier*, t. VI, Intoxications.
- DUVOIR. — Discussion de la communication de M. Vignes. Thyroïdinomanie. *C. R. du XIX^e Congrès int. méd. lég. et méd. soc. de langue française*, Lille, 27-28-29-30 mai 1934, in *Annales de méd. légale*, n° 10, déc. 1934.
- FLEURY (M. DE). — « Les Toxicomanes ». *Acad. Méd.*, 1930.
- GRAHAM (R. R.). — The problem of thyroid intoxication. *Canad. M. a. Journ.*, 23, 349, 1930.
- GRELERTER. — *Thèses de Paris*. « Les Toxicomanies ».
- HOUDA (E. O.). — Thyroid etiology of psychic manifestations. *Schweiz. med. Woch.*, 62, 351-353.

- INGHAM (S.D.) and NIELSON (J.M.). — Thyroid psychosis; difficulties in diagnosis. *Endocrinology*, 16, 453, 1932.
- JOHN (H.J.). — Treatment of obesity with special reference to dangers in use of thyroid extract. *M.J.A. Rec.* 126, 476-480, 19 oct. 1927.
- JOHNSON (W.O.). — Psychosis and hyperthyroidism. *J. Nerv. and Ment. Dis.*, 67, 558-566, t. II, juin 1928.
- JOLL (C.E.). — *Diseases of Thyroid gland*, 1932.
- KARNOSH (L.). — Psychoses of hypothyroidism and hyperthyroidism. *West. J. Surgery*, 42, 509-528, 1934.
- KIENE (H.E.) and DIXON (H.H.). — Psychogenic factors in thyrotoxicosis. *J. Nerv. and Ment. Dis.*, 74, 483-485, t. I, 1931.
- LANGERON. — Crise d'angine de poitrine au cours d'un traitement thyroïdien. *Gaz. Hôp.*, 1931.
- LAWRENCE (C.H.) and ROWE (A.W.). — Studies of the endocrine glands. III. Thyroid. Group. II. Psychoses. *Endocrinology*, 12, 423-427, 1928.
- LEGRAIN. — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* Sergent-Babonneix-Ribadeau-Dumas : Intoxications endogènes. Psychiatrie, II.
- LE GRAND. — *Questions médicales d'actualité*, 1932 : « Action des sécrétions thyroïdiennes sur le fonctionnement du système nerveux ».
- MONIER-VINARD (cité par PATTERSON). — *Bull. et mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 12 mars 1934, p. 379.
- NAGY (M.). — Psychoses in patients with Basedow's disease. *Psychiat. neurol. Woch.*, 35, 65-72, 1933.
- NOTKIN (J.). — Clinical study of psychoses associated with various types of endocrinopathy. *Am. J. Psychiat.*, 12, 331-346, 1932.
- PATTERSON (S.W.). — Thyroid addiction. *Brit. med. Journ.*, t. II, juillet 1934.

- SAINTON. — « *L'Encéphale* », 1906.
- SEREJSKI. — « La Thyroïdomanie ». *Deutsch med. Wochenschr.*, n° 45, 1928.
- SOUQUES. — *Nouveau traité de Médecine Vidal-Teissier*, t. VIII. Pathologie gl. Thyroids.
- STERNBERG (E.). — Symptomatic psychoses developing during reducing cure with thyroidin. *Nervenarzt*, 6, 254-257, 1933.
- STONE (C.W.). — Psychoses associated with thyroid disease. *Ohio State M. J.*, 25, 101-103, 1929.
- VERMAYIEN (G.) and MINNE (A.). — Thyroxicosis and mental diseases. *J. de Neurol. et de Psychiat.*, 32, 401-404, 1932.
- VIGNES. — Thyroïdinomanie. *Annales de Médecine légale*, n° 9, novembre 1934.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
OBSERVATIONS	13
Vue d'ensemble	39
Considérations sur l'état mental des toxicomanes..	45
1° Causes prédisposantes	48
2° Causes occasionnelles	49
3° Réalisation progressive de la manie du toxique	50
4° Période d'état	51
CONCLUSIONS	54
BIBLIOGRAPHIE	57

